

Prescrizione di visite specialistiche e criteri di priorità scelti dalle Usl

Le schede RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) sotto le apparenze di una guida per individuare la priorità temporale di una richiesta di visita specialistica, in realtà rispecchiano e/o ci propongono un modello di gestione delle patologie frequenti da parte di una Unità Sanitaria Locale

Giuseppe Maso
 Responsabile Corso
 di Medicina di Famiglia
 Facoltà di Medicina e Chirurgia
 Università di Udine

Dalla direzione del Centro Unificato di Prenotazione (CUP) della mia Usls arrivano con cadenza periodica le "schede RAO" (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) frutto "del lavoro di gruppi di lavoro misti Territorio-Ospedale che hanno messo a punto e condiviso le indicazioni di appropriatezza per la prescrizione delle visite specialistiche". Tali schede, elaborate per le diverse "specialità" se analizzate nel loro contenuto e considerate per quanto implicitamente comunicano pongono alcuni quesiti e ci fanno fare alcune considerazioni. Esse infatti, sotto le apparenze di una guida per individuare la priorità temporale di una richiesta di visita specialistica, rispecchiano e/o ci propongono un modello di gestione delle patologie frequenti a livello di un compartimento del sistema sanitario quale è una Unità Sanitaria Locale. Possiamo prendere ad esempio l'ultima scheda RAO inviata relativa alla prescrizione della prima visita endocrinologica (Tabella 1).

► Considerazioni

■ La prima considerazione che possiamo fare è relativa alla presentazione della scheda da parte del Direttore di Distretto che l'ha inviata. Egli fornisce dei dati che si riferiscono alle richieste di visite endocrinologiche del primo semestre 2014 che sono state 716. Sono tante. Le cause di queste richieste sono sicuramente diverse: inadeguatezza della medicina generale per deficit di conoscenza

o capacità decisionale, induzione della richiesta di visita da parte di altri specialisti, richiesta di controllo da parte dell'endocrinologo, obbligatorietà per attribuzione dell'esenzione ticket. Ovvio che di fronte a un tal numero di richieste (indotte o reali) il responsabile del centro di prenotazione si premuri di farsi carico di una guida per le prenotazioni.

■ La seconda considerazione è relativa alle patologie elencate come motivo di richiesta di visita specialistica endocrinologica. La maggior parte si riferisce a patologie frequenti della tiroide per la cui diagnosi e terapia non sono necessari particolari esami di secondo livello ma sono più che sufficienti pochi esami ematochimici ed una ecografia. E nell'algoritmo decisionale applicato ovunque esiste la medicina generale/medicina di famiglia è la necessità di tecnologie costose o di manovre specialistiche che decide per l'invio ad un secondo livello di una patologia frequente (la medicina generale è la specialità delle malattie frequenti). Nessun Mmg del mondo occidentale si sognerebbe di inviare in visita specialistica un ipotiroidismo subclinico, un ipo-ipertiroidismo già in trattamento e ben compensato, una tiroidite autoimmune in eutiroidismo funzionale, un ipotiroidismo non complicato all'esordio, ecc. come elencato nella RAO. Lo specialista in questo caso fa medicina di primo livello così come avviene in numerosi altri casi (diabete, ipertensione, ecc). Di fatto la RAO definisce il campo di azione della specialità

e l'esproprio alla medicina generale.

■ La terza considerazione riguarda il dominio scientifico e territoriale della RAO. La Medicina Generale implicitamente è giustificata, invitata e orientata a tale tipo di comportamento. Comportamento uniformato e condiviso. Uniformato, ovviamente verso una delega della patologia ad una struttura di secondo livello e condiviso in una maniera "comunitaria" dimenticando che non ci può essere responsabilità condivisa tra professionisti, che essa rimane individuale e non vi può essere condivisione nella responsabilità di una prescrizione o di un trattamento, essa è sempre di chi pone la firma sulla ricetta. Non vi può essere delega alla condivisione né tantomeno alcuna decisione diagnostica o terapeutica imposta. La RAO quindi può avere soltanto un valore formale, indicativo e nulla più. Essa presuppone che i medici di medicina generale siano tutti uguali e che non vi possano essere esigenze diverse di consulenza. Per alcuni una tiroidite può rappresentare un problema che richiede una consulenza in tempi brevi per altri può essere normale routine. La RAO è prodotta per una Ulss e ovviamente non ha alcun valore al di fuori essa ma ancora una volta mette in evidenza come necessità locali, organizzazioni aziendali, e organizzazione dei reparti e degli ambulatori ospedalieri influiscano sul comportamento di medici che dovrebbero invece avere come riferimento le linee guida internazionali sulla gestione delle patologie.

■ La quarta considerazione è relativa alla necessità di inviare in visita specialistica il paziente affetto da patologia tiroidea per l'esenzione ticket. Il Ssn non riconosce tra coloro che sono in grado di far diagnosi di ipotiroidismo i medici di famiglia italiani.

Tabella 1		
Scheda RAO visita endocrinologica		
Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto Ulss n. 13		
Priorità	Attesa massima da garantire	Patologie
Urgente	Inviare in PS	<ul style="list-style-type: none"> • Morbo di Addison all'esordio (ipoNa, shock) • Apoplessia ipofisaria • Crisi tireotossica
Priorità B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> • Mixedema • Ipotiroidismo in gravidanza: TSH 1° Trimestre > 2,5 mg/dl- TSH 2° e 3° Trimestre > 3.0 mg/dl • Ipotiroidismo primitivo all'esordio (anche in gravidanza): TSH >10,0 mg/dl • Iperitiroidismo primitivo all'esordio: TSH soppresso e frazioni libere FT3 e/o FT4 aumentate • Tumefazione tiroidea insorta acutamente • Tiroidite subacuta sintomatica • Oftalmopatia basedowiana di grado medio-severo • Iperparatiroidismo primitivo con calcemia >12,5 mg/dl • Incidentaloma surrenalico >4cm • Diabete insipido all'esordio • Neoplasie endocrine di primo riscontro
Priorità D	30 gg	<ul style="list-style-type: none"> • Iperitiroidismo subclinico • Ipotiroidismo non complicato all'esordio • Nodulo tiroideo di primo riscontro • Iperparatiroidismo primitivo (Ca < 12,5 mg/dl) • Incidentaloma surrenalico <4cm • Incidentaloma ipofisario • Iperensione endocrina • Iper-iposurrenalismo all'esordio
Priorità P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> • Ipo-ipertiroidismo già in trattamento e ben compensate • Tiroidite autoimmune in eutiroidismo funzionale • Follow up del nodulo tiroideo già noto • richiesta esenzione ticket (<i>non inviare i pazienti già in possesso di documentazione clinica con diagnosi specialistica</i>)

Questo è il motore maggiore della "fabbrica" italiana della visita specialistica. Naturalmente il paziente (già diagnosticato e nella maggior parte dei casi già trattato) dovrà essere inviato sempre in un ambulatorio pubblico dove sarà visitato (spesso da uno specializzando) che gli darà

un foglio con l'esenzione, con cui dovrà recarsi al Distretto di competenza (per il mantenimento della "fabbrica" burocratica) e gli programmerà la visita di controllo ("fabbrica" della visita specialistica). Il medico di medicina generale è in Italia solo un "medico di base" e in

questa divisione del lavoro medico, fatta passare per divisione in specialità, è soltanto un risorsa umana di un'organizzazione efficiente ma grandemente inefficace. È ovvio che questa divisione del lavoro penalizza grandemente anche le specialità che dovrebbero, e vorrebbero, interessarsi delle patologie più rare e di quelle che richiedono manovre e strumenti di secondo o terzo livello.

■ La quinta considerazione è sul gruppo di lavoro e sulla condivisione della scheda. Come scrivevo prima la responsabilità della cura di una persona è di colui che fa diagnosi e che prescrive una terapia, non è mai di un gruppo, essa è sempre individuale e allo stesso modo le esigenze di consulenza non riguardano una categoria ma sono individuali. Quindi nessuno può far condividere il comportamento professionale di alcuno con altri se

non il proprio (soprattutto poi se sono sconosciute le sue competenze). La scheda dovrebbe basarsi su modelli di comportamento e di responsabilità dei singoli livelli di cura definiti dalle linee guida internazionali e proporsi (almeno in prospettiva) come modello per un comportamento di standard europeo e non così locale. Basta infatti osservare quanto avviene nelle Ulss adiacenti per vedere che le "regole" fissate sono molto limitate. E in un'era di telematica avanzata e spostamenti veloci come la nostra una medicina "normalizzata" a livello di Ulss risulta alquanto anacronistica.

■ La sesta e ultima considerazione è che di fronte ad una domanda di intervento specialistico per patologie che sono in tutto il mondo di competenza delle cure primarie bisognerebbe chiedersi quali sono le cause. Probabilmente bisognerebbe, come

si fa per la farmaceutica, osservare i comportamenti dei singoli professionisti, bisognerebbe iniziare a riconoscere il merito, bisognerebbe fornire una vera formazione sulle patologie individuate (e non sulle note o sulla compilazione delle schede di prescrizione), bisognerebbe eliminare tutte le cause inutili di induzione di visita specialistica per esempio eliminando la visita per esenzione ticket (reale strumento lobbistico), ridare responsabilità (abilità a rispondere) alla medicina generale impannata in una elefantica giungla burocratica e rimettere al centro del sistema questa disciplina. Questo significherebbe rimettere al centro il paziente considerato nella sua globalità (corpo e mente) e non scomporlo in organi e patologie di competenza delle diverse specialità secondo le indicazioni delle RAO.



M.D. web tv ONCOLOGY

www.md-oncology.tv

All'interno del canale è possibile trovare:



Area clinica, videointerviste con Opinion Leader di approfondimento sulle novità dal mondo della clinica e della ricerca, raccolte in 15 aree tematiche secondo la classificazione ESMO



Notiziario di aggiornamento sulle principali novità scientifiche



Speciale Congressi, videointerviste dai principali eventi nazionali e internazionali



Professione Oncologo, tutto quanto coinvolge il medico oltre la clinica: normative, legislazione, organizzazione, etica, deontologia...

